

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 324 vom 4. April 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-04-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__324

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 324 du 4 avril 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 324 del 4 aprile 2016

Regeste

TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, ACTE LÉGISLATIF, RÉVISION{LÉGISLATION} | 17 LPG, 8 LPG

Erwägungen

E. 4

avril 2016 _____ Composition : M. Métral , président Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges Greffière : Mme Rochat ***** Cause pendante entre : V. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, à Lausanne, et E. _____ , à Vevey, intimé. _____ Art.

E. 4.2

La patiente a commencé à travailler en 91. Le mouvement qu'elle devait faire du bras gauche a rapidement suscité une douleur. Malgré ses demandes réitérées elle n'a pas pu changer de poste de travail. Cette non-reconnaissance de sa douleur a induit un stress accru et a pu contribuer à la cristallisation de la douleur : la douleur s'est étendue de la nuque à la main et au pied gauches. L'évaluation du médecin de l'assurance perte de gain a été vécue comme une injustice grave puisqu'elle stipulait que la patiente pouvait travailler.

E. 4.3

Un état dépressif s'est alors instauré, la colère ne pouvant s'extérioriser. Des maux de tête sont apparus et parfois un sentiment de devenir folle, puisque personne ne la comprend et qu'elle est considérée comme quelqu'un qui veut « recevoir des sous sans travailler ». On peut supposer que cette situation a réactivé un grave sentiment d'injustice antérieur et a cristallisé ce sentiment d'injustice ». A la question de savoir si l'assurée avait besoin d'un traitement médical, le Dr B. _____ a précisé qu'une psychothérapie était nécessaire, depuis le 25 juillet 1997, pour une durée indéterminée. Le 2 juin 1999, le Dr Q. _____ a pris position sur le dossier et a proposé l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès le 1 er janvier 1998, se ralliant à l'avis du Dr B. _____ « compte tenu des éléments actuellement au dossier », quand bien même il n'estimait « pas très convaincant » le rapport établi par ce médecin. Une révision de la situation dans un délai d'une année était à prévoir. Par décision du 26 juillet 1999, l'OAI a alloué à V. _____ une rente entière d'invalidité, avec effet dès le 1 er janvier 1998. B. a) Par la suite, plusieurs procédures de révision du droit à la rente ont été ouvertes par l'OAI. Dans une première procédure de révision, le Dr N. _____ a adressé un rapport médical à l'OAI le 8 décembre 2000, dans lequel il atteste un état stationnaire, mentionnant des signes de la lignée dépressive et des douleurs multiples et polymorphes, avec des limitations fonctionnelles prédominant aux membres supérieurs. Il a notamment posé les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux, état

dépressif chronique et colopathie fonctionnelle. Dans le questionnaire de révision de rente qui lui a été adressé, l'assurée a indiqué consulter le Dr N. _____ ainsi que D. _____, psychologue et psychothérapeute auprès de l'association Y. _____. Le 20 décembre 2000, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il maintenait le droit à la rente. b) Lors d'une seconde procédure de révision, V. _____ a répondu au questionnaire qui lui avait été adressé le 12 janvier 2005 en indiquant que son état de santé était stationnaire. Elle poursuivait le traitement auprès du Dr N. _____. Ce dernier a confirmé ces déclarations dans un rapport à l'OAI du 18 avril 2004 [recte : 2005]. Il a notamment exposé que sa patiente présentait les mêmes symptômes que depuis 1997, atténués depuis l'arrêt de son activité en usine comme ouvrière. Elle présentait toujours un état dépressif, des douleurs chroniques des ceintures scapulaires, cervicales et lombaires, avec des troubles psychosomatiques liés à l'état dépressif (colopathie fonctionnelle, sensations de vertiges, nausées fréquentes). Le pronostic était très réservé au vu de la durée des troubles, un reclassement professionnel étant illusoire compte tenu de la durée de l'atteinte médicale et des difficultés de compréhension et d'expression que présentait la patiente dans la langue française. Le 4 mai 2005, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il maintenait le droit à la rente. c) L'OAI a ouvert une troisième procédure de révision le 13 mai 2009, par l'envoi d'un nouveau questionnaire à l'assurée. Celle-ci a répondu que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'elle continuait à consulter le Dr N. _____. Contrairement à ce qu'elle avait répondu lors des précédentes procédures de révision, elle indiquait toutefois qu'elle avait besoin de l'aide d'autrui pour se vêtir et se dévêtir, se lever, s'asseoir et se coucher, ainsi que pour manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer et établir des contacts. Pour sa part, le Dr N. _____ a indiqué, dans un rapport du 10 août 2009 à l'OAI, que l'état de sa patiente s'était péjoré d'un point de vue ostéoarticulaire et surtout psychologique. Elle présentait notamment un état dépressif chronique depuis 1997, un syndrome somatoforme douloureux depuis 1996, des lombalgies basses sur trouble statique et dégénératif, des gonalgies gauches sur trouble statique (varus) et des cervicobrachialgies prédominantes à gauche dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux. L'incapacité de travail était totale, en raison des douleurs, d'une mobilité diminuée au niveau des membres supérieurs en particulier, de troubles de la compréhension et de la concentration, ainsi que d'un état anxieux. Le 7 octobre 2009, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il maintenait le droit à la rente d'invalidité. Il l'a par ailleurs invitée à remplir une demande d'allocation pour impotent si elle souhaitait qu'il examine son droit à cette prestation. d) Le 30 octobre 2009, V. _____ a déposé une demande d'allocation pour impotent, en indiquant avoir besoin de l'aide d'autrui pour se déplacer à l'extérieur et établir des contacts avec l'entourage. Depuis février 2007, elle avait besoin de prestations d'aide pour lui permettre de vivre de manière indépendante à la maison, car elle ne pouvait pas faire le ménage, ainsi que pour l'accompagnement pour les activités et contacts hors du domicile, au motif qu'elle avait des problèmes de langue et des difficultés de contact. Elle avait également besoin de la présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable, en raison d'un état dépressif. L'aide et l'accompagnement nécessaires étaient assumés par son époux et ses enfants. Pour les autres actes quotidiens mentionnés sur le questionnaire de demande de prestations, l'assurée indiquait qu'aucune aide n'était requise. Dans un rapport du 15 janvier 2010 à l'OAI, le Dr N. _____ a attesté que les indications de l'assurée figurant dans sa demande d'allocation pour impotent correspondaient à ses propres constatations. L'assurée présentait un état dépressif avec repli social depuis 1997, un syndrome somatoforme douloureux depuis 1996, avec une perte de

confiance et une dépendance de son entourage direct pour toute activité à l'extérieur de son appartement. Elle souffrait d'un sentiment de dévalorisation, d'anxiété, d'une humeur triste et de troubles de la concentration et de la mémoire ; elle ne parvenait pas à apprendre le français. Dans un rapport d'enquête du 28 mai 2010, un collaborateur de l'OAI a constaté que l'assurée avait besoin d'aide, depuis février 2007, pour se déplacer à l'extérieur et pour entretenir des contacts sociaux. Elle ne sortait jamais seule, car trop angoissée, et vivait un repli social important. Elle avait besoin d'une aide, huit heures par semaine, pour vivre de manière indépendante (la gestion du quotidien était entièrement prise en charge par le mari et la fille de l'assurée [repas, entretien de l'appartement, lessive et repassage par la fille] ; l'époux gérait les paiements et toutes les démarches administratives, et l'assurée était accompagnée pour tous ses rendez-vous ainsi que pour les achats ; sans l'entourage familial, elle serait isolée socialement, d'autant qu'elle ne maîtrisait pas le français, ce qui n'était toutefois pas en relation avec l'atteinte à la santé). Le 24 septembre 2010, l'OAI a alloué à l'assurée une allocation pour impotent de degré léger, avec effet dès le 1^{er} février 2008. e) Le 8 février 2012, l'OAI a ouvert une nouvelle procédure de révision du droit aux prestations. L'assurée a répondu au questionnaire de révision en indiquant que son état de santé s'était péjoré depuis le 1^{er} février 2008, faisant référence à une « impotence légère selon votre décision du 24.09.2010 ». Elle a précisé avoir besoin de l'aide d'autrui pour se déplacer et établir des contacts. L'OAI a mandaté les Drs C. _____, spécialiste en psychiatrie, et S. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, pour la réalisation d'une expertise bidisciplinaire. Les deux experts ont examiné l'assurée, puis procédé à une discussion bidisciplinaire. Le Dr S. _____ a ensuite établi le volet rhumatologique du rapport d'expertise, le 25 juin 2012, alors que le Dr C. _____ en a établi le volet psychiatrique, le 9 juillet 2012. Dans son rapport du 25 juin 2012, le Dr S. _____ a posé les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) et de syndrome de fatigue chronique, ainsi que de lombalgies et cervicalgies communes récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (avec minime arthrose facettaire postérieure L4-L5 non significative). Il a précisé que d'un point de vue rhumatologique, les atteintes à la santé constatées n'entraînent pas, depuis 1997, d'incapacité de travail dans la dernière activité professionnelle exercée par la assurée. Il n'y avait pas de péjoration du status radiologique depuis cette date, l'évolution étant même favorable de ce point de vue. Les minimes troubles dégénératifs mis en évidence n'étaient pas significatifs. Il n'y avait pas de trouble sensitivomoteur ni d'amyotrophie. L'assurée se mouvait et s'habillait de manière fluide. Seul le vécu douloureux chronique, qui s'était cristallisé depuis 1997 sous forme d'une douleur polyinsertionnelle sans substrat organique sous-jacent, constituait un facteur susceptible de s'être péjoré et constituait un facteur de mauvais pronostic. Dans son rapport du 9 juillet 2012, le Dr C. _____ a posé le diagnostic de dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail. Il a indiqué avoir mis en évidence ce qui suit lors de l'examen psychiatrique : « Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, avec labilité émotionnelle, avec fatigabilité anamnésique sans troubles de concentration ou de mémoire, avec ruminations existentielles sans idées noires, avec anhédonie partielle, sans repli social, avec perte d'estime d'elle-même partielle, sommeil perturbé par des réveils et des difficultés d'endormissement, appétit diminué. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, l'assurée précisant une fluctuation du tableau anxieux, avec angoisses itératives et récurrentes en fonction des situations et précise, de

façon relativement démonstrative, avec un sourire, un état de morale particulièrement abaissée. L'intensité et la fluctuation du tableau évoque le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée, qui garde sa petite-fille trois fois par semaine, de 08:30 à 15:30. Ce tableau de dysthymie de se comprendre comme cicatriciel du tableau dépressif de 1997. Une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant. Une absence de signe floride de la série et de critère CIM-10 de trouble de personnalité. L'existence d'un tableau algique, sans grande intensité ni détresse ». Le Dr C. _____ résumait ensuite son analyse comme suit : « L'existence d'un tableau algique pourrait faire envisager un diagnostic de trouble somatoforme, mais manque alors l'intensité des plaintes et la détresse ; l'absence de comorbidité psychiatrique, dans la mesure où un tableau de dysthymie ne peut participer d'une comorbidité et de repli social, ne peuvent faire envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme. Par ailleurs, si la symptomatologie semble courir depuis 1996, il est à noter l'arrêt du traitement psychiatrique dès 1998 sur amélioration, avec confirmation par le médecin généraliste traitant, le profit tiré de la maladie est assez clair et nous ne pouvons envisager un échec de traitements, puis[que] depuis l'amélioration 1998, aucun traitement psychiatrique n'a été proposé. Nous avons pris bonne note du rapport médical du médecin généraliste traitant d'avril 2011 ainsi que de la conversation téléphonique que nous reportons ci-dessus, qui envisage un état anxio-dépressif ne dépassant pas le seuil d'une dysthymie, proposition avec laquelle nous sommes en accord. Ce praticien confirme l'arrêt du traitement psychiatrique au cours de l'année 1998, sur amélioration. Nous avons pris bonne note aussi des psychiatres d'Y. _____ (Dr B. _____, Dr P. _____), qui envisagent, dans des courriers du 02 décembre 1997 et dans un rapport médical du 28 octobre 1998, les diagnostics incapacitants d'épisodes dépressifs avec syndrome somatique F 32.1, trouble dépressif récurrent F 33.01, greffés sur syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4. Il me paraît important de signaler que la classification internationale CIM-10 précise l'incompatibilité d'un diagnostic d'épisode dépressif et de syndrome douloureux somatoforme. Par ailleurs, en l'absence d'antécédents médicaux psychiatriques, il ne peut être envisagé de diagnostic de trouble dépressif récurrent dans la mesure où ce type de diagnostic ne peut être retenu qu'après un premier épisode dépressif attesté, traité et résolutif suivi d'une période blanche avec second épisode dépressif, ce qui n'est pas le cas de notre assurée. Enfin, il est particulier qu'une assurée se plaigne avec une telle emphase d'un tableau anxieux sans recevoir de traitement anti-anxieux et de se plaindre aussi de troubles du sommeil aussi caractérisés et anciens sans recevoir de traitement correspondant. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Sur le plan psychiatrique nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 03 juillet 2012 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. Le dossier nous renseigne sur un épisode dépressif motivant une consultation psychiatrique dès juillet 1997, résolutif au cours de l'année 1998

sans que l'assurée ou son médecin traitant ne puissent préciser une date d'arrêt clair du traitement psychiatrique. Dans ces conditions, nous retiendrons la date théorique du 01 janvier 1999 à partir de laquelle, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail à 100 % aurait pu être exigée. Sur le plan bi-disciplinaire, après discussion avec notre collègue le Dr S. _____, depuis la date médico-théorique du 01.01. 1999, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de véritable repli social, après amélioration de la situation symptomatique et l'arrêt du traitement psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée est entière dans son activité habituelle et dans une activité adaptée ». Le 19 octobre 2012, l'assurée s'est rendue à l'OAI, accompagnée de son époux, pour un entretien en vue de définir d'éventuelles mesures de nouvelle réadaptation. Elle a notamment exposé pouvoir sortir seule dans les endroits qu'elle connaissait bien, prendre le bus si elle connaissait bien la ligne et aller faire des courses seule dans le quartier. L'époux a déclaré avoir pris récemment sa préretraite pour des raisons de santé et pour rester avec sa femme. L'assurée a précisé garder sa petite-fille de 18 mois trois jours par semaine, de 8h30 à 15h30, les jours où sa belle-fille travaillait. Maintenant que son époux était à la maison, ils sortaient marcher ; ils voyaient parfois des amis et beaucoup leur famille. Elle consultait une psychologue, T. _____, au cabinet du Dr B. _____, depuis la fin du mois d'août 2012, à raison d'une fois toutes les deux semaines. Elle avait cessé d'aller à la piscine en raison de crampes. L'époux a déclaré avoir vu l'état de santé de sa femme se dégrader au fil du temps. Elle ne supportait plus lorsqu'il y avait trop de bruit. Le 22 octobre 2012, l'OAI a notifié à V. _____ un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité dont elle était titulaire, fondée sur les dispositions finales de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) du 18 mars 2011 (révision 6a de la LAI), d'une part, et sur l'expertise des Drs S. _____ et C. _____, d'autre part. Le 20 novembre 2012, Me Jean-Marie Agier, pour l'assurée, a contesté ce projet de décision au motif que la rente dont elle était titulaire avait été allouée en raison d'un trouble dépressif. Or, cette affection ne constituait pas un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires au sens des dispositions finales de la révision 6a de la LAI, en particulier de la lettre a alinéa 1 de ces dispositions finales. Le 19 décembre 2012, prenant position sur le dossier, le Dr Z. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a considéré que l'incapacité de travail reconnue lors de l'octroi initial d'une rente d'invalidité avait débuté le 22 janvier 1997, alors que seul un trouble somatoforme douloureux avait été diagnostiqué. Il s'agissait d'un trouble somatoforme dans le sillage duquel des manifestations dépressives avaient été identifiées ; ces manifestations dépressives ne constituaient qu'un trouble d'accompagnement du trouble somatoforme douloureux. Par décision du 16 janvier 2013, l'OAI a mis fin au droit à la rente dont V. _____ était titulaire. C. Le 19 février 2013, V. _____ a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision, au motif que l'OAI avait alloué la rente dont elle était titulaire, par décision du 26 juillet 1999, en raison essentiellement d'un état dépressif, et non d'un trouble somatoforme douloureux. Les décisions ultérieures de maintien de la rente avaient également été rendues principalement en raison d'un état dépressif chronique. Les dispositions finales de la révision 6a de la LAI n'étaient donc pas applicables en l'espèce. L'intimé a conclu au rejet du recours, le 4 avril 2013, en exposant notamment avoir alloué une rente, initialement, en se fondant principalement sur le rapport d'expertise du Dr F. _____. Or ce médecin posait exclusivement le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, diagnostiquant un épisode dépressif avec syndrome somatique et un trouble dépressif récurrent avec syndrome traumatique greffé sur un syndrome

douloureux persistant, le Dr B. _____ avait mis en évidence que le trouble somatoforme était au premier plan par rapport à l'état dépressif. Le 7 mai 2013, la recourante s'est déterminée et a maintenu ses conclusions. Le 13 janvier 2014, elle a produit un rapport du 16 décembre 2013 du Dr B. _____. Celui-ci y expose que l'assurée bénéficie d'un suivi individuel à son cabinet depuis juillet 2012, à raison de deux séances par mois. Elle présente une souffrance psychique importante. Une tristesse éprouvée est visible, ainsi qu'une fatigabilité importante, des sentiments de dévalorisation, une grande culpabilité, des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes. Elle présente également des ruminations, une irritabilité importante, des troubles de la concentration, des idées suicidaires non scénarisées et une importante baisse de la sensation de plaisir qui avaient nécessité l'introduction d'un traitement antidépresseur. La patiente relève encore une forte diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, ainsi qu'une attitude morose et pessimiste face à son avenir. Elle a perdu son père en 2000 et sa mère en 2010, tous les deux de cancer. Dernièrement, elle a été profondément bouleversée par l'annonce du cancer de sa sœur aînée. Cette nouvelle l'a anéantie et a réactivé ses blessures, encore ouvertes, par rapport à cette maladie qui avait déjà emporté ses deux parents. Tous ces événements ont eu pour conséquence de la faire régresser d'une façon considérable. Depuis, elle a des oublis encore plus frappants qu'auparavant (par exemple, elle oublie le repas sur le feu), mettant sa propre vie en danger. Cette situation est devenue tellement alarmante que ses enfants ont décidé de ne plus emmener les petits-enfants chez elle, afin de les protéger. Malheureusement, ce changement a engendré un renforcement de son sentiment de non-reconnaissance de sa maladie. En effet, elle se sent incomprise et non reconnue dans son rôle de mère et de grand-mère. De plus, il lui est très difficile de verbaliser ce qu'elle ressent dans cette situation. Elle a développé un comportement compulsif récurrent au cours de son diabète, qui perturbe considérablement sa vie et celle de son entourage (souci excessif de son taux de sucre, qu'elle mesure plusieurs fois par jour). Depuis l'annonce de la maladie de sa sœur en juillet 2013, les symptômes de l'état dépressif se sont aggravés. Cet élément, notamment, a permis de poser les diagnostics de trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'anxiété généralisée. Par arrêt du 13 avril 2015, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours contre la décision du 16 janvier 2013. Le Tribunal fédéral a toutefois annulé ce jugement et renvoyé la cause à la Cour des assurances sociales pour qu'elle statue à nouveau après avoir invité la recourante à se déterminer sur l'existence ou non d'un motif de révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGa. D. A la suite de cet arrêt de renvoi, la Cour des assurances sociales a repris l'instruction de la cause et invité la recourante à se déterminer, en particulier sur l'application de l'art. 17 LPGa. La recourante a contesté l'application de cette disposition le 14 septembre 2015. Le 19 octobre suivant, l'intimée a, en substance, maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, (LPGA ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGa, ainsi que de l'art. 69 LAI, dans le domaine de l'assurance-invalidité. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGa (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la

notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante au maintien de la rente d'invalidité allouée par décision du 26 juillet 1999. 3. a) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3.1 p. 345 ss). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (ATF 135 V 215 cons. 7 p. 228 ss). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (« revenu hypothétique sans invalidité ») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (« revenu d'invalidé ») ; c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 cons. 3.4 p. 348 sv.). b) Nonobstant l'absence de modification de la notion d'invalidité, la jurisprudence a progressivement rendu plus sévères les conditions d'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité pour les assurés souffrant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Le Tribunal fédéral a ainsi posé la présomption qu'un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, 132 V 65). Toujours selon cette jurisprudence, le Tribunal fédéral présume que les syndromes mentionnés ci-avant ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Toutefois, certains facteurs, par leur intensité et leur constance, peuvent rendre la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Le Tribunal fédéral a par la suite encore modifié cette jurisprudence dans un ATF 141 V 282, qui sera présenté ci-après (consid. 5b). c) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si

le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le Tribunal fédéral a considéré que la sévérité accrue avec laquelle le caractère raisonnablement exigible de la poursuite d'une activité lucrative en cas de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique était désormais apprécié, depuis l'ATF 130 V 352, ne justifiait pas une révision du droit à une rente qui avait été allouée antérieurement. Il n'était ainsi pas conforme à la législation en vigueur de supprimer une rente allouée en raison d'un tel syndrome au motif que l'application de nouveaux critères jurisprudentiels conduirait désormais à apprécier différemment le caractère raisonnablement exigible de la reprise d'une activité lucrative par la personne titulaire de la rente, son état de santé étant par ailleurs resté inchangé (ATF 135 V 201). A la suite de cette jurisprudence, le législateur a adopté, dans le cadre de la 6^{ème} révision de la LAI (modification du 18 mars 2011 de la LAI [6^e révision de l'AI, premier volet]), une disposition finale (let. a al. 1) prévoyant que les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique doivent être réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de cette révision, soit dès le 1^{er} janvier 2012. La jurisprudence a par la suite interprété cette disposition en ce sens qu'elle n'était applicable qu'en cas de rente allouée exclusivement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 139 V 547 consid. 10.1.1 ; également TF 9C_308/2013 du 26 août 2013 consid. 5). Dans une précision de jurisprudence, le Tribunal fédéral a ensuite considéré qu'il n'avait exclu l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la révision 6a de la LAI, en cas de rente allouée en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires, d'une part, et d'atteintes à la santé objectivables, d'autre part, les deux types d'atteintes étant distincts, que si et dans la mesure où la rente pouvait être fondée sur ces dernières atteintes à la santé (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3 ; sur l'évolution de la jurisprudence). Enfin, le Tribunal fédéral a ajouté, dans un arrêt 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 (consid. 2.6), qu'en cas d'imbrication étroite du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et des autres atteintes à la santé ayant fondé l'octroi initiale d'une rente d'invalidité, l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la révision 6a reste exclue, à moins que les atteintes objectivables n'aient joué qu'un rôle secondaire, renforçant uniquement les effets du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires.

4. a) En l'espèce, la procédure ayant conduit à l'octroi d'une rente d'invalidité, par décision du 26 juillet 1999, a comporté plusieurs étapes. Dans un premier temps, l'OAI a communiqué un projet de décision niant le droit aux prestations. En effet, le Dr F._____ avait constaté, dans son expertise du 15 mai 1997, que la recourante souffrait d'un trouble somatoforme douloureux, mais que cette atteinte à la santé n'entraînait aucune incapacité de travail. Le rapport du 14 juillet 1997 du Dr M._____ à l'OAI allant dans le même sens, le Dr Q._____, pour le SMR, avait proposé de se fonder sur cette expertise pour nier le droit aux prestations. Dans un second temps toutefois, l'assuré a produit le rapport du 13 novembre 1997 du Dr P._____ et de la psychologue X._____, qui ont attesté une incapacité de travail totale en raison d'un trouble dépressif greffé sur un syndrome douloureux persistant. Le Dr B._____ a également établi un rapport pour l'OAI, posant le diagnostic d'épisode dépressif avec syndrome somatique et de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, greffé sur

un syndrome douloureux persistant et attestant une incapacité de travail totale. Compte tenu de ces documents médicaux, dans lesquels l'état dépressif est au premier plan, le Dr Q. _____ a proposé l'octroi d'une rente entière d'invalidité, à réexaminer. Compte tenu de ce qui précède, on ne saurait soutenir, comme le fait l'intimé, que le droit à la rente a été reconnu, initialement, essentiellement sur la base du rapport d'expertise du Dr F. _____, qui ne retient qu'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Au contraire, l'intimé a alloué la rente, à l'époque, essentiellement en se fondant sur les rapports du 13 novembre 1997 du Dr P. _____ et de la psychologue X. _____, ainsi que sur celui établi ensuite par le Dr B. _____. Dans ces documents, l'incapacité de travail semble attestée plus en raison d'un état dépressif que d'un trouble somatoforme douloureux, quand bien même la première atteinte s'était « greffée » sur la seconde. On doit donc admettre que la rente allouée à la recourante l'a été, dans une large mesure, en raison d'un état dépressif, qui n'est pas assimilé par la jurisprudence à un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires ; on admettra que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a également joué un rôle dans l'appréciation de l'incapacité de travail, les deux atteintes à la santé étant étroitement liées. b) aa) La recourante conteste l'application de la lettre a al. 1 des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI. Il convient toutefois d'examiner, préalablement, si l'intimé n'était pas légitimé à procéder à une révision ordinaire du droit à la rente, fondée sur l'art. 17 LPGA. bb) Depuis l'octroi initial d'une rente, et jusqu'à sa suppression par la décision litigieuse, le droit à la rente n'a plus fait l'objet d'un examen matériel par l'OAI. Le maintien de la prestation, lors des procédures de révision intermédiaires, était fondé sur un simple rapport du médecin traitant confirmant un état stationnaire, voire se péjorant. Il convient donc d'examiner quelle a été l'évolution de l'état de santé de la recourante entre la date d'octroi initial de la rente et celle de sa suppression. cc) En allouant la rente par décision du 26 juillet 1999, l'intimé a pris en considération un état dépressif, comme on l'a vu. Celui-ci était attesté par les Drs P. _____ et B. _____. La recourante était à l'époque régulièrement suivie par une psychologue, sous la supervision de médecins psychiatres. Or, il ressort des différentes pièces au dossier, notamment du rapport d'expertise du Dr C. _____, que ce suivi a été interrompu peu après la décision du 26 juillet 1999. Le Dr C. _____ mentionne une interruption en 1998 déjà, mais cette interruption est en réalité plus récente. En effet, le 28 août 1998, le Dr B. _____ mentionnait encore une psychothérapie en cours et, par la suite, la recourante a indiqué, lors de la première procédure de révision du droit à la rente, qu'elle était suivie par D. _____, psychologue auprès de l'association Y. _____, la dernière consultation remontant au 12 avril 2000 (réponses du 25 septembre 2000 au questionnaire de révision). Dans son rapport du 8 décembre 2000 à l'OAI, le Dr N. _____ a également mentionné qu'une psychothérapie de soutien était en cours. En revanche, lors de la deuxième procédure de révision, la recourante n'a plus indiqué être suivie par un psychiatre ou un psychologue (réponses du 18 janvier 2005 au deuxième questionnaire de révision) ; le Dr N. _____ n'a pas davantage fait état d'un tel suivi. On doit en conclure que la recourante a interrompu ses consultations auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue entre les années 2000 et 2005, le plus probablement dans le courant de l'année 2000 ou peu après. Dans son rapport d'expertise du 10 juillet 2012, le Dr C. _____ constate que la recourante présente désormais une dysthymie, n'entraînant aucune incapacité de travail. Il considère que l'épisode dépressif pour lequel l'assuré avait consulté les Drs P. _____ et B. _____ s'était résolu au cours de l'année 1998, sans que l'assurée ou son médecin traitant puisse préciser une date d'arrêt clair du traitement

psychiatrique, et propose, « dans ces conditions », de retenir « la date théorique du 01 janvier 1999 à partir de laquelle, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail de 100 % aurait pu être exigée ». Cette imprécision sur la date à partir de laquelle la recourante a interrompu le suivi psychiatrique, soit sur un point pouvant paraître secondaire pour l'expert, ne permet pas de nier en bloc la valeur probante du rapport d'expertise, qui remplit, pour le surplus, les critères posés par la jurisprudence pour se voir attribuer une pleine valeur probante. Tout au plus convient-il de considérer, au vu de ce qui précède, que l'interruption du suivi psychiatrique et l'amélioration de l'état de santé de la recourante ne date pas de 1998, mais de la période comprise entre la fin de l'année 2000 et le début de l'année 2005. Pour le surplus, le Dr C. _____ est convaincant lorsqu'il expose pourquoi il ne retient plus, désormais, que le diagnostic de dysthymie, et pourquoi il considère que cette atteinte n'entraîne pas d'incapacité de travail. Partant, force est de constater que l'état dépressif ayant fondé, dans une large mesure, la reconnaissance du droit à la rente en 1999 n'est plus présent et qu'une révision au sens de l'art. 17 LPGA est justifiée de ce point de vue. dd) La recourante soutient que le Dr C. _____ n'a pas constaté une amélioration de son état de santé depuis l'octroi de la rente, mais a simplement posé une nouvelle appréciation d'un état de santé resté stable. Cela ressort, toujours selon la recourante, du désaccord manifesté par le Dr C. _____ à l'égard du diagnostic posé à l'époque par les médecins d'Y. _____, compte tenu des critères pour un tel diagnostic selon la CIM-10. Cela ressort également du fait que le Dr C. _____ aurait fixé la date de l'amélioration de l'état de santé au « 1^{er} janvier 1999, c'est-à-dire depuis une date antérieure à la décision d'octroi de rente entière de l'AI, du 26 juillet 1999 » (détermination de la recourante du 14 septembre 2015, p. 2). Cette argumentation ne convainc pas. Certes, le Dr C. _____ a émis de sérieuses réserves sur les diagnostics posés à l'époque par les médecins de l'association Y. _____ et a fixé « la date théorique du 1^{er} janvier 1999 à partir de laquelle, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail de 100 % aurait pu être exigée ». Il n'en reste pas moins qu'indépendamment des réserves émises, concernant la notion de trouble dépressif récurrent, d'une part, et la compatibilité des diagnostics d'épisode dépressif et de trouble somatoforme douloureux, le Dr C. _____ a expressément admis un tableau dépressif en 1997, qui s'est amélioré par la suite pour faire place selon lui à une dysthymie (expertise, p. 6 : « Ce tableau de dysthymie doit se comprendre comme cicatriciel du tableau dépressif de 1997 »). Il a fondé le constat d'une telle amélioration sur ses propres observations cliniques ainsi que plusieurs éléments de l'anamnèse, en particulier l'arrêt du traitement psychiatrique sur amélioration et, notamment, le fait que l'assurée restait capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Elle s'occupait ainsi de sa petite-fille trois fois par semaine de 8h30 à 15h30. Dans ce contexte, comme on l'a vu, le Dr C. _____ a fixé l'amélioration à la fin de l'année 1998, en se fondant plus particulièrement sur les déclarations de l'assurée et de son médecin traitant relatives à l'arrêt du traitement psychiatrique en 1998, alors qu'en réalité, l'arrêt du traitement sur amélioration a eu lieu entre 2000 et 2005, le plus probablement dans le courant de l'année 2000 ou peu après, soit postérieurement à la décision d'octroi de rente (consid. 4b/cc ci-avant). Encore une fois, on soulignera que cette imprécision de l'expert, sur un point qui pouvait lui paraître secondaire, ne permet pas de nier en bloc la valeur probante du rapport d'expertise. Cette valeur probante est suffisante pour constater une amélioration de l'état de santé dès les années 2000 à 2005, suffisante pour justifier l'arrêt du traitement psychiatrique. 5. a) Les Drs S. _____ et C. _____ ne posent pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, mais constatent néanmoins un syndrome

polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) et un syndrome de fatigue chronique. Malgré leur divergence de diagnostic par rapport à celui posé en 1998 par le Dr F. _____, il convient d'admettre que la recourante présente encore le syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires qui avait fondé, avec l'état dépressif, l'octroi initial d'une rente d'invalidité. L'état dépressif ayant fait place à une dysthymie, sans influence sur la capacité de travail, il reste à déterminer si le seul diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie justifie encore le droit à la rente, au regard des critères désormais posés par la jurisprudence en la matière.

b) aa) Dans un ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail d'un assuré atteint d'un syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité).

bb) Selon cette nouvelle jurisprudence, la preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de

gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité). dd) Dans la mesure où les experts ont retenu, sur la base des anciens critères, que la fibromyalgie/le trouble somatoforme douloureux affectant la personne assurée ne présentait aucun caractère incapacitant, il convient d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (consid. 8 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). 6. En l'espèce, le Dr S._____ a posé le diagnostic de fibromyalgie et le Dr C._____ a évoqué celui de trouble somatoforme, en émettant toutefois de sérieux doutes sur le point de savoir si la gravité de l'atteinte était suffisante pour justifier un tel diagnostic. A ce stade, on doit laisser la question ouverte et constater que, quoi qu'il en soit, il ne fonderait pas une incapacité de travail. En effet, bien que les Drs S._____ et C._____ n'aient pas pu suivre exactement la grille d'analyse désormais préconisée par le Tribunal fédéral – leur expertise étant antérieure à l'ATF 141 V 281 –, les éléments sur lesquels ils ont fondé leur appréciation restent suffisamment convaincants, y compris après cet arrêt. Ils ont ainsi mis en évidence plusieurs indicateurs permettant, de manière déterminante, de suivre cette appréciation. Ainsi les Drs S._____ et C._____ ont-ils mentionné plusieurs incohérences entre l'invalidité professionnelle alléguée par l'assurée et l'influence des atteintes à la santé sur sa vie sociale et extra-professionnelle : le Dr C._____ a mis en évidence que la recourante avait peu d'amis, mais des connaissances qu'elle voit régulièrement ; à l'époque de l'expertise, elle était en mesure de garder sa petite-fille de 8h30 à 15h30 trois fois par semaine et d'aller à la piscine deux à trois fois par semaine lorsqu'elle n'assurait pas cette garde ; elle se rendait également en vacances une à deux fois par an, en général deux semaines, en Turquie. Ces circonstances ne dénotent pas un véritable retrait social en raison des atteintes à la santé, ni des atteintes fonctionnelles particulièrement invalidantes dans la vie quotidienne, qui seraient incompatible avec une activité professionnelle physiquement légère. Ce constat est corroboré par les examens cliniques réalisés par les experts. En outre, le Dr C._____ a également souligné l'absence de traitement psychiatrique au moment de l'expertise, soit médicamenteux, soit sous forme de consultation d'un spécialiste, de même que l'absence de traitement contre les troubles du sommeil, en dépit de l'« emphase » avec laquelle la recourante se plaignait de troubles anxieux et du sommeil. Il est vrai que ces constats tranchent avec celui qui avait

conduit, en août 2010, à l'octroi d'une allocation pour impotent, principalement en raison d'un retrait social lié à l'état dépressif de la recourante. Mais la situation s'est améliorée depuis lors, puisque la recourante ne sortait jamais seule et était accompagnée de son époux pour tous les achats, et que les repas, l'entretien de l'appartement, la lessive et le repassage étaient pris en charge par sa fille. Lors de l'expertise réalisée par les Drs C._____ et S._____, ainsi que de l'entretien du 19 octobre 2012 avec un conseiller en réadaptation de l'intimé, la recourante était au contraire en mesure de prendre le bus seule pour autant qu'elle connaisse la ligne, de préparer les repas, de garder sa petite-fille plusieurs fois par semaine, de faire le ménage léger ou de se charger de courses légères, ainsi que de voir parfois des amis et souvent sa famille. Enfin, les Drs S._____ et C._____ n'ont pas mis en évidence de comorbidité qui réduirait les ressources adaptatives de l'assuré. A cet égard, sur le plan psychique, le Dr C._____ a fait état d'angoisses itératives et traits de personnalité histrionique, sans toutefois leur attribuer un caractère pathologique ; pour sa part, le Dr S._____ a constaté des lombalgies et cervicalgies communes récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec une minime arthrose facettaire postérieure L4-L5 non significative. 7. La recourante a produit un rapport du 16 décembre 2013 du Dr B._____, faisant état d'une nouvelle péjoration de son état de santé psychique, principalement après qu'elle a appris, en juillet 2013, que sa sœur aînée était atteinte d'un cancer. Il s'agit de circonstances postérieures à la date de la décision litigieuse, du 16 janvier 2013, de sorte qu'elles ne permettent pas de la remettre en cause dans la présente procédure (ATF 121 V 362 consid. 1b).

E. 8

Vu ce qui précède, l'intimé a mis fin à juste titre à la rente dont la recourante était titulaire, en se fondant sur l'expertise réalisée par les Drs S._____ et C._____. La recourante voit ses conclusions rejetées et supportera les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Elle ne peut pas prétendre de dépens à la charge de l'intimé (art. 55 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.